

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1927

THÈSE

N°

378

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**André-Justin LIQUIER**

Né le 21 juillet 1900 à Thiers (Puy-de-Dôme)

Licencié ès Sciences

Préparateur à l'Institut Pasteur

Externe des Hôpitaux de Paris

---

LA

MÉTHODE CONCENTRIQUE

DANS LE

DIAGNOSTIC DES PSYCHONÉVROSES

---

*Président : M. LABBÉ, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1927

THÈSE

N° 328

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**André-Justin LIQUIER**

Né le 21 juillet 1900 à Thiers (Puy-de-Dôme)

Licencié ès Sciences

Préparateur à l'Institut Pasteur

Externe des Hôpitaux de Paris

---

LA

MÉTHODE CONCENTRIQUE

DANS LE

DIAGNOSTIC DES PSYCHONÉVROSES

---

---

*Président : M. LABBÉ, Professeur*

---

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1927



LE DOYEN... M. ROGER

— PROFESSEURS

|                                                                         |     |                  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | MM. | NICOLAS          |
| Anatomie médico-chirurgicale . . . . .                                  |     | CUNEO.           |
| Physiologie . . . . .                                                   |     | ROGER.           |
| Physique médicale . . . . .                                             |     | STROHL;          |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                           |     | DESGREZ.         |
| Bactériologie . . . . .                                                 |     | LEMIERRE.        |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  |     | BRUMPT.          |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         |     | Marcel LABBE.    |
| Pathologie médicale . . . . .                                           |     | SICARD.          |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       |     | LECENE.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         |     | ROUSSY.          |
| Histologie . . . . .                                                    |     | PRENANT.         |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             |     | TIFFENEAU.       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 |     | CARNOT.          |
| Hygiène . . . . .                                                       |     | Léon BERNARD.    |
| Médecine légale . . . . .                                               |     | BALTHAZARD.      |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    |     | MENETRIER.       |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          |     | RATHERY.         |
|                                                                         |     |                  |
| Clinique médicale. . . . .                                              | }   | N...<br>BEZANÇON |
|                                                                         |     | ACHARD.          |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    |     | WIDAL.           |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             |     | MARFAN.          |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . |     | NOBECOURT.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               |     | H. CLAUDE.       |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      |     | JEANSELME.       |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            |     | GUILLAIN.        |
|                                                                         |     | TEISSIER.        |
|                                                                         |     |                  |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | }   | DELBET.          |
|                                                                         |     | HARTMANN.        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      |     | LEJARS.          |
| Clinique urologique . . . . .                                           |     | GOSSET.          |
|                                                                         |     | TERRIEN.         |
|                                                                         |     | LEGUEU.          |
|                                                                         |     |                  |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                       | }   | GOUVELAIRE.      |
|                                                                         |     | BRINDEAU.        |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        |     | JEANNIN.         |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 |     | J.-L. FAURE.     |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               |     | OMBREDANNE.      |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             |     | VAQUEZ.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           |     | SEBILEAU.        |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        |     | DUVAL.           |
|                                                                         |     | SERGENT.         |
|                                                                         |     |                  |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | }   | ROUVIÈRE.        |
|                                                                         |     | BRANCA.          |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                          | MM.                             |
|------------------------------|---------------------------------|
| ABRAMI . . . . .             | Pathologie médicale.            |
| AUBERTIN . . . . .           | Pathologie médicale.            |
| BASSET . . . . .             | Pathologie chirurgicale.        |
| BAUDOUIN . . . . .           | Pathologie médicale.            |
| BINET . . . . .              | Physiologie.                    |
| BLANCHETIERE . . . . .       | Chimie biologique.              |
| BROCC . . . . .              | Pathologie chirurgicale.        |
| BRULÉ . . . . .              | Pathologie médicale.            |
| CADENAT . . . . .            | Pathologie chirurgicale.        |
| CHABROL . . . . .            | Pathologie médicale.            |
| CHAMPY . . . . .             | Histologie.                     |
| CHIRAY . . . . .             | { Pathologie médicale.          |
| CLERC . . . . .              |                                 |
| DEBRE . . . . .              | Hygiène.                        |
| I. de JONG . . . . .         | Anatomie pathologique.          |
| DOGNON . . . . .             | Physique.                       |
| DONZELOT . . . . .           | Pathologie médicale.            |
| DUVOIR . . . . .             | Médecine légale.                |
| ECALLE . . . . .             | Obstétrique.                    |
| FESSINGER . . . . .          | Pathologie médicale.            |
| GARNIER . . . . .            | Pathologie expériment.          |
| GATELLIER . . . . .          | Pathologie chirurgicale.        |
| HARVIER . . . . .            | Pathologie médicale.            |
| HEITZ-BOYER . . . . .        | Urologie.                       |
| HOVELACQUE . . . . .         | Anatomie.                       |
| HUTINEL . . . . .            | Pathologie médicale.            |
| JOYEUX . . . . .             | Parasitologie.                  |
| LABBE (Henri) . . . . .      | Chimie biologique.              |
| LARDENNOIS . . . . .         | Pathologie chirurgicale.        |
| LEMAITRE . . . . .           | Oto-rhino-laryngologie.         |
| LEVY-SOLAL . . . . .         | Obstétrique.                    |
| LHERMITTE . . . . .          | Pathologie mentale.             |
| LIAN . . . . .               | Pathologie médicale.            |
| MATHIEU . . . . .            | Pathologie chirurgicale.        |
| METZGER . . . . .            | Obstétrique.                    |
| MONDOR . . . . .             | { Pathologie chirurgicale       |
| MOURE . . . . .              |                                 |
| MULON . . . . .              | Histologie.                     |
| PHILIBERT . . . . .          | Bactériologie.                  |
| QUENU . . . . .              | Pathologie chirurgicale.        |
| RICHEL Fils . . . . .        | Physiologie.                    |
| SEZARY . . . . .             | Dermatologie et Syphiligraphie. |
| VALLERY-RADOT (P.) . . . . . | Pathologie médicale.            |
| VAUDESCAL . . . . .          | Obstétrique.                    |
| VELTER . . . . .             | Ophthalmologie.                 |
| VERNE . . . . .              | Histologie.                     |

## III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.                | M                                    |
|--------------------|--------------------------------------|
| GOUGEROT . . . . . | Pathologie médicale.                 |
| GUENIOT . . . . .  | Obstétrique.                         |
|                    | BETTERER . . . . . Histologie        |
|                    | TANON . . . . . Pathologie médicale. |

## IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                |                              | MM.             |                        |
|--------------------|------------------------------|-----------------|------------------------|
| ALGLAVE. . . .     | { Clinique chirurgicale.     | LERI. . . . .   | { Clinique médicale.   |
| AUVRAY. . . .      |                              | LÉPER. . . . .  |                        |
| CHEVASSU. . . .    |                              | MOCQUOT. . . .  | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE. |                              | PROUST. . . . . | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER. . . .   | Clinique obstétricale.       | SCHWARTZ. . . . | Clinique chirurgicale. |
| LEREBoullet. . .   | Clinique médicale infantile. | VILLARET. . . . | Clinique médicale.     |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                             |   |                                                                                                                                        |
|-----------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M. MAUCLAIRE agrégé . . . . | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .              |   | Stomatologie.                                                                                                                          |
| CHAILLEY-BERT . . . . .     |   | Education physique.                                                                                                                    |
| LEDOUX-LEBARD . . . . .     |   | Radiologie clinique.                                                                                                                   |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma vive  
reconnaissance et de ma profonde  
affection.*

---

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ  
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

*Pour le grand honneur qu'il nous  
fait nous le prions d'agréer l'expres-  
sion de notre respectueuse gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAIGNEL-LAVASTINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA Pitié

*Qui nous a fourni le sujet de cette  
thèse et a toujours manifesté à notre  
égard la plus grande bienveillance.*

*Qu'il accepte l'assurance de notre  
reconnaissance et de notre respectueux  
attachement.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
DE CLERMONT-FERRAND

1919-1920 MM. BOUSQUET, BILLARD, LEPETIT.  
MAURIN, MERLE, BUY.

**Internat :**

1920-1921 M. LEPETIT  
1921-1922 M. MAURIN.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS  
1921-1922 M. ENRIQUEZ.

**Externat :**

Mars 1922-juillet 1922 M. ARROU.

Juillet 1922-déc. 1922 M. le PROFESSEUR LÉON BERNARD.

Déc. 1922-mars 1923 M. LÉVY SOLAL.

Mars 1923-mars 1924 M. HALBRON.

Mars 1924-mars 1925 M. LION.

Mars 1925-mai 1927 M. LAIGNEL-LAVASTINE.

## INTRODUCTION

---

En clinique médicale, l'élaboration d'un diagnostic exact, facteur d'une thérapeutique rationnelle, comporte plusieurs étapes. Il faut s'efforcer d'établir successivement le diagnostic du syndrome, de l'affection, de la maladie.

En psychiatrie, il en est de même. On ajoute simplement le diagnostic de la réaction du malade.

Mais malheureusement du fait de l'intrication des symptômes l'application de cette méthode n'est pas toujours possible. Il en est ainsi dans les psychonévroses.

Aussi voulons-nous exposer une méthode de diagnostic : *la méthode concentrique* enseignée dans ses cliniques hospitalières par notre Maître M. Laignel-Lavastine, méthode qui est applicable à tous les cas sans exception et qui permettant de mieux fouiller un diagnostic, permet de mieux soigner les malades et par suite de les soulager.

Mais auparavant, sans vouloir revenir sur la question si controversée de la définition des psychonévroses,

nous délimiterons ce que nous entendons par psychonévroses. Nous exposerons ensuite brièvement la méthode concentrique de diagnostic; nous l'appliquerons à deux observations particulièrement typiques à ce point de vue.

---

## DÉLIMITATION DES PSYCHONÉVROSES

---

La définition des psychonévroses a donné lieu à bien des discussions et nombreuses sont celles qu'on en pourrait fournir, mais toutes sont plus ou moins critiquées. Quoi qu'il en soit, sans vouloir prendre parti, nous allons dire ce que nous entendons par psychonévrose, en insistant bien sur le fait que nous ne donnons pas une définition mais simplement une limite pratique.

Grossièrement, on peut assigner comme limites extrêmes :

a) **Du côté neurologique.** — Tous les syndromes s'accompagnant de signes physiques d'affection organique du système nerveux. Cependant il importe de faire une réserve du fait de l'association possible : affection organique du système nerveux et psychonévrose, association qui est loin d'être une exception.

b) **Du côté psychiatrique.** — Les gros syndromes psychopathiques caractérisés par deux gros éléments :  
Inconscience de l'état, de la situation.

Conduite dirigée par des motifs, des mobiles pathologiques.

Dans ce groupe, rentrent la mélancolie, les psychoses hallucinatoires systématisées ou non, les psychoses revendicatrices, les psychoses d'interprétation, les psychoses à base organique avec signes physiques d'affections organiques du système nerveux.

Dans le groupe ainsi grossièrement isolé on peut faire encore une nouvelle délimitation :

a) *du côté neurologique.* — Du temps de Charcot, la discussion était relativement simple : on trouvait d'une part les affections organiques du système nerveux avec signes physiques et d'autre part tout ce qui restait constituait le groupe des manifestations fonctionnelles dominé par l'hystérie. Mais dans ce groupe dit fonctionnel on a remarqué qu'il y avait un certain nombre de manifestations qui n'étaient peut-être pas liées à des lésions décelables par nos moyens actuels d'investigation, mais qui ne relevaient pas non plus d'un trouble psychique, qui n'étaient pas psychogénétiques. Ce sont ces cas que M. Babinski a réunis sous le nom de syndromes physiopathiques qui ont des signes objectifs d'organicité, mais non d'organicité lésionnelle qu'il oppose aux syndromes organopathiques liés à des lésions. Ce syndrome s'est montré particulièrement fréquent pendant la guerre. Certains cas d'épilepsie rentrent également dans les syndromes physiopathiques puisqu'il y a souvent, pendant la crise, extension du gros orteil sur le métatarse.

b) *Du côté psychiatrique.* — Nous trouvons toutes les formes atténuées légères des grandes psychopathies classiques :

Délire de revendication, délire d'interprétation peu marqué, psychoses professionnelles s'accompagnant d'une relative conscience de la situation sociale et qui n'aboutissent pas à des réactions nécessitant l'internement. Il y a également les formes atténuées de la mélancolie intermittente et de la manie intermittente

Du côté mental nous trouvons donc des psychoses semblables à celles dont nous avons déjà parlé, mais ce sont des formes atténuées « des psychoses en bouton » (Laignel-Lavastine) qui se distinguent des grandes en premier lieu par la conscience relative du caractère pathologique des manifestations, en deuxième lieu par une conduite sociale relativement possible du fait que l'individu ne cède pas à des mobiles pathologiques.

Ainsi délimitées entre les syndromes physiogénétiques et les psychoses en bouton, les psychonévroses ne sont ni des maladies, ni des affections, ni même des syndromes : ce sont des moments évolutifs de syndromes neuro-psychiatriques.

## CARACTÈRES DES PSYCHONÉVROSES

---

Les psychonévroses étant ainsi délimitées, quels en sont les caractères, autrement dit quels seront les éléments de leur diagnostic ?

Moments évolutifs de syndromes neuropsychiatriques, leur diagnostic positif comprendra deux critères : neurologique et psychiatrique et dans chacun d'eux un critère positif et un critère négatif.

### 1° Critère neurologique.

a) *Critère négatif*. — Il n'y a pas de signe physique de lésion organique du système nerveux central sensorio-moteur.

b) *Critère positif*. — Il y a, d'une manière constante, participation plus ou moins importante de troubles nerveux dynamiques dans le domaine du sympathique.

### 2° Critère psychiatrique.

a) *Critère négatif*. — Il n'y a pas inconscience de la situation. La conduite n'est pas déterminée par des mobiles pathologiques.

b) *Critère positif*. — Il y a :

- emprise de la conscience claire par le moi profond ;
  - emprise du système sympathique sur le système nerveux cérébro-spinal.
-

## DIVISION DES PSYCHONÉVROSES

---

Nous rappellerons la division classique d'après la prédominance réactionnelle en :

- 1° Hystérie;
- 2° Neurasthénie de Beard;
- 3° Psychasthénie de Janet;
- 4° Psychonévrose émotive de Dupré.

Sous ces 4 grands types nous trouvons des perturbations communes de l'imagination, de la fatigue, du doute anxieux, des diverses émotions.

Cette division est une division commode qui peut servir pour se repérer, mais dans l'état actuel de la neurologie ces cadres des quatre grandes psychonévroses ne doivent pas être conservés dans l'étude des manifestations somatiques qu'ils accompagnent. Il y a en effet, d'une manière presque constante, des associations, de véritables intrications de ces manifestations. Aussi convient-il de remplacer ce diagnostic fragmentaire, de surface (hystérie, neurasthénie, etc.) que l'on faisait jusqu'à présent par le « diagnostic en profondeur » et cela en appliquant la méthode concentrique que nous allons exposer.

---

## LA MÉTHODE CONCENTRIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DES PSYCHONÉVROSES

---

Nous allons exposer la méthode concentrique de diagnostic telle que notre Maître M. Laignel-Lavastine l'enseigne dans ses cliniques hospitalières.

Mais auparavant nous rappellerons la règle classique qu'il faut appliquer pour établir un diagnostic.

Faire un diagnostic consiste à ramener chaque cas clinique particulier aux descriptions générales de la pathologie. Le clinicien commence par établir le diagnostic du syndrome, expression d'une perturbation de fonction; puis le diagnostic de l'affection, c'est-à-dire de la localisation morbide sur un organe; enfin le diagnostic de la maladie, c'est-à-dire de l'agent causal: infection, intoxication, cancer ou avitaminose.

Le clinicien, allant du cas particulier aux descriptions générales, a employé la méthode inductive.

Prenons un exemple. Il s'agit d'un malade dyspnéique, à lèvres cyanosées, avec ascite, oedème des membres inférieurs, augmentation de la matité cardio-hépatique; pouls petit, rapide; urines rares. On fait le diagnostic du syndrome: c'est une asystolie.

A l'auscultation du cœur on découvre un souffle sys-

holique de la pointe se propageant vers l'aisselle : diagnostic de l'affection : insuffisance mitrale.

Par l'interrogatoire enfin on apprend que le malade a eu du rhumatisme articulaire aigu. L'agent causal de la maladie est une infection : le rhumatisme articulaire aigu.

Nous aurons donc chez notre malade le diagnostic suivant : asystolie par insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

Mais en psychiatrie en plus du diagnostic du syndrome il y a le « *diagnostic pittoresque* » (Laignel-Lavastine) qui exprime les réactions sociales du malade (réaction mégalomaniaque, réaction mystique, etc.). C'est que le cerveau, en effet, n'est pas un organe comme les autres ; il a une fonction spéciale dans les rapports d'interpsychologie.

Nous aurons par exemple le diagnostic suivant :

D. pittoresque : réaction mégalomaniaque.

D. du syndrome : démence.

D. de l'affection : méningo-encéphalite diffuse.

D. de la maladie : syphilis.

Mais ce n'est pas tout, il faudra tenir grand compte du coefficient réactionnel individuel qui, pour des causes traumatisantes considérables ne joue pas, mais qui au contraire, pour des causes traumatisantes plus faibles, va prendre une part si importante au tableau clinique. Donc, pour avoir un diagnostic clinique complet, nous dirons : type pittoresque avec syndrome, affection, maladie, chez un individu qui a telle constitution, tel

tempérament, tel caractère, la constitution étant l'expression morphologique, le tempérament l'expression physiologique et le caractère l'expression psychologique du coefficient réactionnel individuel. Ce n'est qu'après avoir parcouru ces 7 chapitres qu'on a fait un diagnostic clinique complet.

Dans beaucoup de cas, l'application de cette méthode est facile mais bien souvent, chez les individus où il y a des troubles nerveux et psychiques en particulier, l'intrication des symptômes est telle qu'il est impossible de ramener dans tout cela le syndrome à une perturbation de fonctions et de le lier à une affection. C'est pour cela qu'il faut avoir une méthode plus prudente où on classe tous les symptômes qu'on recueille dans certaines zones.

C'est par l'étude des réactions nerveuses et psychiques des accidentés du travail que M. Laignel-Lavastine a été amené à cette méthode. Il a montré qu'en présence d'un accidenté du travail il fallait d'abord appliquer la méthode de M. Babinski : rechercher si oui ou non il y avait des signes physiques d'affection lésionnelle organique du système nerveux. C'est le premier noyau : *le noyau central organique lésionnel*.

D'autre part qu'il fallait rechercher si les manifestations de la conduite présentées par le malade étaient en rapport avec un processus organique ou si elles n'étaient pas seulement liées à un intérêt particulier. C'est qu'en effet, depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail, tous les observateurs ont été frappés par le fait que pour un même accident, quel qu'il soit, il y

avait une différence considérable dans la longueur du temps de la période d'arrivée à la guérison selon que l'individu pouvait tirer de son accident un bénéfice ou selon qu'au contraire il n'en pouvait tirer aucun. C'est cette constatation qu'a faite Brissaud, qui montre qu'il y a des réactions de l'esprit chez les accidentés, et qu'autour de ce noyau central organique lésionnel avec signes physiques, il y a une atmosphère plus ou moins étendue en rapport avec les réactions dues à l'intelligence et l'esprit de l'individu en vue de tirer le meilleur parti possible de la situation pour arriver à un résultat procédurier.

Entre ce noyau organique et cette sphère des manifestations procédurières (Lacassagne) il y a une autre zone. En effet parmi les individus atteints de psychonévrose traumatique rangés soit dans l'hystérie, soit dans la neurasthénie traumatique on avait remarqué que certains avaient une tachycardie que rien ne pouvait faire cesser; qu'il y avait souvent en même temps un certain degré d'émotivité dépassant considérablement ce qu'un individu est capable de déterminer lui-même et que cela ne pouvait se calmer qu'après très longtemps. Il y avait donc lieu d'avoir un pronostic différent pour les cas de tachycardie anormale et ceux où il n'y avait pas ces mêmes manifestations.

L'expérience chez les animaux faite par Carivon déterminant des manifestations psychiques particulières consécutivement à l'injection d'adrénaline, et, inversement, les observations faites par certains auteurs de décharges d'adrénaline chez des individus con-

sidérablement émus, ont montré qu'il y avait un processus fonctionnel qui n'était pas psychogénétique, c'est-à-dire qui n'était pas lié à un désir ou à l'intérêt, mais qui était physiogénétique, c'est-à-dire dû à des perturbations de l'organisme lui-même. Cette sphère est très importante parce qu'elle est liée essentiellement à la symptomatologie sympathique et endocrinienne. Elle n'est pas liée à une altération organique, elle n'est pas liée non plus seulement à des troubles psychiques; elle est liée à des perturbations organiques fonctionnelles. C'est une sphère de perturbations dynamiques.

C'est pour cela que M. Laignel-Lavastine a pu dire que « dans les accidents du travail l'individu réagit avec tout son être : avec son corps, lésion organique lésionnelle; avec son cœur : lésion organique dynamique et avec son esprit : perturbations psychogénétiques. » On pourra donc grouper les symptômes présentés par les accidentés du travail en 3 zones que schématisera le dessin p. 22

Une zone interne ou noyau organique central.

Une zone externe ou zone psychogénétique.

Une zone intermédiaire ou zone physiogénétique.

\* \* \*

Tel est le point de départ de la méthode concentrique dans le diagnostic des psychonévroses. En appliquant cette méthode il y a lieu de considérer cinq couches :

D'abord l'atmosphère périphérique psychique, puis au-dessous la couche nerveuse; en troisième lieu la

couche endocrinienne, puis la couche viscérale, enfin le noyau central ou noyau morbifique.

Et nous sommes ainsi conduits, pour représenter

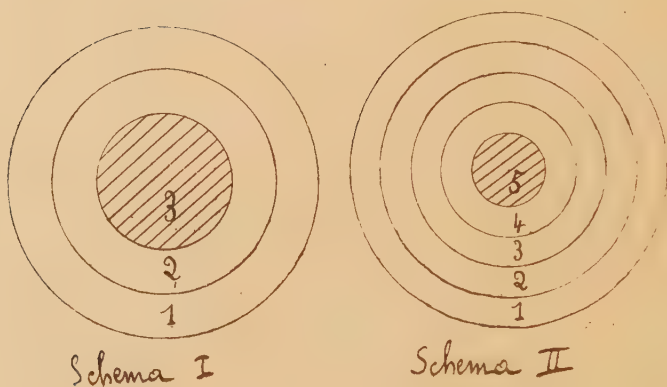


Schéma I

1° Zone psychogénétique. — 2° Zone physiogénétique. —  
3° Noyau organique.

Schéma II

1° Zone psychique. — 2° Zone nerveuse. — 3° Zone  
endocrinienne. — 4° Zone viscérale. — 5° Noyau mor-  
bifique.

les symptômes des psychonévroses, à un dessin analogue à celui qui nous a servi pour la représentation des symptômes constatés chez les accidentés du travail (Schéma II)

Nous allons étudier rapidement ces différentes couches pour voir comment dans chacune il faut mener l'analyse.

1° **La couche psychique** comprend deux versants :

- a) Un *versant extérieur* vers la société et les relations d'interpsychologie;
- b) Un *versant intérieur* : le subconscient, le moi profond.

a) Le *versant extérieur* est celui qui apparaît au premier abord et pour lequel souvent le malade vient consulter. Il se caractérise par toutes les modifications de la conduite, de l'affectivité, du travail qu'un interrogatoire rapide met facilement en évidence. Mais il se complique très souvent d'une série de manifestations d'interpsychologie familiale ou professionnelle, de telle sorte que lorsqu'on voit un malade pour la première fois il est souvent impossible de se rendre compte de la profondeur de ses troubles et, avant de porter un pronostic, il est nécessaire que le malade passe quelques jours dans une maison de santé afin qu'il se débarrasse de ses réactions d'interpsychologie familiale ou professionnelle. Pendant ce temps on se rend compte des modifications qui se produisent dans sa conduite, dans son travail et on étudie avec soin son comportement dans ses actions journalières.

b) Et c'est ainsi que par l'étude des actions manquées, des lapsus de la parole ou de l'écriture on va pénétrer dans ce *versant interne* de la psychologie du malade.

La méthode de Freud par les mots inducteurs sera d'une grande utilité pour dépister les complexes profonds et c'est l'absence de réponse qui indique le point par où il faut pénétrer pour arriver au moi profond.

De même l'étude des *rêves* et des rêveries diffuses ou localisées du malade permet de se rendre compte du subconscient.

\* \* \*

2° **La couche nerveuse** comprend elle aussi deux versants :

a) *Le versant de la neurologie de relation* avec la recherche des critères caractérisés par l'existence ou l'absence de signes physiques d'affections organiques lésionnelles du système nerveux. Etude des troubles moteurs, des troubles sensitifs, modification des réflexes tendineux, cutanés, pupillaires, etc.

b) *Le versant sympathique*. Il faut voir si les manifestations sympathiques sont d'ordre lésionnel ou si elles sont d'ordre dynamique. Toutes les asymétries, toutes les localisations des réflexes sympathiques permettent des diagnostics de localisation. Au contraire, toutes les variations régionales diffuses sont l'indice de perturbations purement dynamiques sans localisation.

On étudiera donc :

*Les réflexes pupillaires* (réactions de Schiff, de Tournay, myosis, mydriase).

*Les réflexes cutanés :*

La raie blanche de Sergent.

La raie rouge mécanique.

La raie vasomotrice beaucoup plus importante, car en rapport direct avec l'innervation sympathique vasculaire de la région intéressée.

Le réflexe pilo-moteur dont l'exagération indique l'hyperexcitabilité de l'orthosympathique.

*Le réflexe oculocardiaque* qui est certainement l'épreuve clinique la plus importante.

R. O. C. positif, vagotonie

R. O. C. nul ou inversé, excitabilité orthosympathique.

*Le réflexe solaire* nettement positif indique une excitabilité marquée de l'orthosympathique. Il coïncide souvent avec un R. O. C. inversé ou nul.

Parmi les épreuves physio-chimiques deux fournissent des résultats particulièrement intéressants.

*Le métabolisme basal et l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée.* Nous y reviendrons plus loin. Les épreuves biologiques et pharmaceutiques ne nous retiendront pas, car quoique susceptibles de fournir des résultats intéressants elles ne sont pas encore entrées dans la pratique journalière.

\*  
\* \*

**3° La couche endocrinienne.** Ici encore deux versants :

a) *Versant morphologique* qui est essentiellement lié aux perturbations de l'équilibre physico-chimique

endocrinien. C'est donc dans ce versant morphologique endocrinien que nous retrouverons les facteurs dépendant de la constitution, du tempérament et du caractère.

Modifications, de la taille, de la corpulence.

Troubles du côté de la peau (pigmentation, peau infiltrée) du côté du système pileux (développement exagéré des poils, absence, calvitie précoce).

Modification de volume du corps thyoïde, des glandes mammaires, des testicules, etc.

b) *Versant humoral.* — Les glandes à sécrétions internes par leurs hormones, leurs hormazones et leurs chalones, c'est-à-dire par les sécrétions qui excitent, arrêtent la sécrétion des autres glandes ou qui agissent sur la croissance de l'individu, modifient le milieu humoral. Il y aura donc lieu d'étudier ce milieu humoral par tous les procédés que nous possédons.

Avant tout on recherchera : le *métabolisme basal*, qui indique par son augmentation une hyperthyroïdie et partant une hyperexcitabilité orthosympathique simple ou compliquée de vagotonie. Sa diminution signifie hypothyroïdie et hyposympathie. L'épreuve de l'*hyperglycémie provoquée* dont la technique a été réglée par M. le Professeur Marcel Labbé. Elle renseigne sur les états diabétiques et prédiabétiques et permet en outre de déceler des hyperthyroïdies camouflées.

On pratiquera de même avec intérêt l'épreuve de l'hypophyse, l'épreuve de Götsch.

On recherchera la cholestérinémie, la calcémie.

Enfin, une dernière recherche, nouvelle venue, devra

être systématiquement pratiquée, à cause de sa grande simplicité et des résultats intéressants qu'elle fournit : c'est la *recherche de l'acidité ionique ou P. H.*, que l'on pratiquera dans le sang ou beaucoup plus simplement dans les urines.

Normalement, à l'aide de la méthode colorimétrique de Guillaumin, on obtient des chiffres variant de 5,8 à 6,6 (coloration jaune orangée ou légèrement verdâtre du tube).

Le chiffre 5 (coloration rouge) indique une acidose marquée.

Les chiffres les plus élevés autour de 7 (coloration verte) indiquent une alcalose marquée.

\*  
\* \*

**4° Couche viscérale.** — Nous trouvons également deux versants :

a) *Le versant physiologique*, dans lequel rentrent les troubles si fréquents : aérophagie, aérocolie, ptôses des différents viscères, palpitations, troubles du rythme cardiaque, etc..

b) *Le versant anato-mo-pathologique* avec les lésions les plus variées pouvant frapper les différents appareils. Il y aura lieu de l'étudier sérieusement afin savoir s'il s'agit seulement de coïncidence ou s'il a un rôle pathogénique à attribuer à ces altérations pathologiques.

Parmi les plus fréquentes on trouve les altérations du tractus digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appa-

reil cardio-vasculaire, de l'appareil génito-urinaire. Enfin un rôle tout à fait particulier appartient aux lésions du système osseux qui peuvent intervenir dans la localisation des troubles cénestopathiques : rhumatisme vertébral chronique, cypho-scoliose, côtes supplémentaires, sacralisation des vertèbres lombaires, etc.

\* \* \*

5° Enfin nous arrivons au **noyau morbifique** où nous mettons la maladie acquise : infection, intoxication, cancer, ou avitaminose, ou héréditaire : alcoolisme, syphilis à une ou plusieurs générations.

Après avoir parcouru successivement chacune de ces zones, nous aurons terminé l'analyse complète de notre malade. C'est alors qu'il faudra établir la critique de ces zones pour les hiérarchiser et c'est là que les avis vont être légèrement différents. Mais ce qui fait l'intérêt de la méthode concentrique c'est que, quelle que soit l'interprétation secondaire que le clinicien donnera aux formules concentriques qu'on lui présentera, celles-ci n'en resteront pas moins valables, car elles constituent une accumulation de documents méthodiquement recueillis dont chacun, selon son point de vue, sa spécialisation mettra tel ou tel au premier plan.

Mais de toute manière, quelle que soit la façon dont on envisage la hiérarchie des différentes zones, la méthode concentrique a l'énorme avantage d'être synthétique et de faire voir le malade dans son ensemble. Elle permettra donc d'instituer une thérapeutique

synthétique qui s'adressera également aux troubles psychiques, nerveux, sympathiques, endocriniens, viscéraux; thérapeutique qui, s'adressant à chaque cas particulier, aura toutes les chances de guérir ou tout au moins d'améliorer le malade.

---

## OBSERVATIONS

---

Obs. I. — Mlle Ca...; 25 ans; professeur de piano. Vient à la consultation pour troubles divers :

Crises de nerfs, état anxieux avec sensation de mort, troubles des règles, troubles vasomoteurs...

C'est une jeune fille pâle, mince, chétive, dont le visage s'empourpre facilement. Voici son histoire :

Très bien portante jusqu'à l'âge de 4 ans où elle est atteinte de coqueluche. À la suite de celle-ci survient toute une série de bronchites, pneumonies, broncho-pneumonies qui se succèdent sans interruption jusqu'à l'âge de 14 ans et demi où tous ces troubles disparaissent. Leur disparition coïncide avec l'établissement des premières règles.

Dès lors tout va bien jusqu'en 1919 (18 ans et demie), où elle reporte ses premiers malaises qu'elle décrit ainsi « Allant  
« faire des courses, je ressentis un malaise grandissant au  
« fur et à mesure que je marchais; puis arrivée au bout de  
« ma course ce malaise fut épouvantable, effrayant, on ne  
« savait plus que me faire croyant que j'allais mourir.  
« Quelques minutes après, je fus prise de tremblements, de  
« sensation de tout changé autour de moi. On eut beaucoup  
« de difficultés pour me ramener à mon état normal. En-  
« suite ces malaises se sont répétés d'une façon épouvan-  
« table et depuis impossibilité de sortir; dès que j'arrivais  
« au bout de ma rue, j'étais obligée de revenir; plusieurs  
« fois on m'a forcée, mais on n'obtenait que des résultats

« épouvantables; quelquefois, étant retournée sur mes pas,  
« cela allait mieux. Il était des rues que je ne pouvais ab-  
« solument pas franchir même accompagnée. Plus tard il  
« m'était absolument impossible de rester seule chez nous;  
« dès que cela était, mes mains se glaçaient, je devenais  
« rouge et je ne sais ce que j'aurais eu, mais c'était sem-  
« blable à du délire, je serais entrée n'importe où, ou j'au-  
« rais fait rentrer n'importe qui chez nous. Mon cœur bat-  
« tait d'une façon pénible, la sensation dominante de tout  
« cela était et est encore celle de la mort.

Cette description peut être schématisée par une crise avec phobie d'une part et d'autre part une sensation de « tout changé » autour de soi, qui rentre dans les psycholepsies.

« Plus tard ces malaises n'apparurent plus seulement  
« au moment des courses, mais même dans la maison, à  
« tel point que toute sortie devenait à peu près impossible.  
« A peine avais-je parcouru quelques mètres que j'étais  
« obligée de revenir sur mes pas.

A cette époque il lui était impossible de rester seule à domicile : elle avait des battements désordonnés du cœur et des troubles vaso-moteurs. Pour arrêter ces phénomènes, il suffisait que quelqu'un fût près d'elle (ceci montre bien le caractère psychogénétique de ces troubles) et les mêmes phénomènes se produisaient quand elle avait quelqu'un chez elle en visite; elle ne pouvait supporter personne plus de quelques minutes, elle était obligée de s'en aller dans une pièce voisine, car sans cela « elle ne sait ce qu'elle serait devenue. »

Ces mêmes troubles persistent en 1920, 1921, 1922, 1923 mais avec des variations d'intensité. Nous voyons apparaître chez cette malade des manifestations de cyclothymie : à certaines périodes elle est plus déprimée qu'à d'autres.

Le 19 août 1924 son père, alcoolique, meurt. Tous les ac-

cidents précédents augmentent en même temps qu'ils deviennent totalement différents. Ce sont des malaises qui sont, dit la malade, infiniment variés, ne se ressemblant que sur certains points et très difficiles, voire impossibles à décrire.

Ces troubles sont jusqu'à un certain point liés à ses fonctions menstruelles. Cette malade présente avant ses règles une quinzaine de jours avant, un petit écoulement s'accompagnant d'élévation thermique allant jusqu'à 38°. Puis une dizaine de jours avant les règles, c'est-à-dire 5 jours après les accidents précédents, elle a comme une crise d'embarras gastrique avec douleur épigastrique, langue saburrale qui l'obligent à prendre le lit pendant 4 ou 5 jours. A cette période font suite 4 ou 5 jours pendant lesquels elle se trouve bien, puis surviennent les règles, assez abondantes qui persistent 5 ou 6 jours. La durée des règles se passe sans aucun trouble, la température revient à la normale.

Après les règles il y a une période assez bonne, mais quinze jours environ plus tard réapparition des mêmes symptômes.

Depuis le milieu de 1925, nouvelle apparition de crises nerveuses et nous entrons dans une autre période de dépression. A la moindre contrariété apparaissent des crises de larmes accompagnées de crispation interne se terminant par une crise nerveuse.

C'est alors le tableau d'une crise hystérique.

Parfois la malade a l'impression que la crise ne sort pas bien, les nerfs sont tendus, la tête est perdue et il y a cette sensation particulière de ne plus être comme avant. Pendant la crise, angoisse extrême avec impression de mort. Puis la crise se termine et alors deux alternatives se présentent :

ou bien tout rentre dans l'ordre et il apparaît une impression de bien-être, impression d'être dégagée de quelque chose qui persistait jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise.

ou bien au contraire s'installe une crise de déséquilibre nerveux d'une durée de 15 jours pendant laquelle les choses les plus bizarres, les plus pénibles se présentent, avec digestions pénibles, malaises effrayants localisés entre le cœur et l'estomac, surtout du côté gauche.

Ces troubles viscéraux sont liés à des manifestations digestives. Cette malade est, en effet, aérocolique et ses manifestations se localisent particulièrement au niveau de l'angle droit du côlon.

Il y a une asthénie extrême puis brusquement tout rentre dans l'ordre.

En juillet et août 1926 la malade a de temps en temps des « crises de congestion interne » avec douleurs dans les reins, dans l'estomac, dans l'intestin, dans les ovaires. Ces crises s'accompagnent de palpitations, de troubles vasomoteurs : les veines se gonflent, les pieds sont froids.

Ces manifestations sont dues à des réactions vago-sympathiques sous l'influence de l'excitation résultant de la colite.

Les règles sont devenues irrégulières, peu abondantes.

En même temps il y a asthénie extrême avec dégoût de tout : notre malade traverse en effet une période de dépression.

Les nuits sont pénibles, elle se réveille en sueur au milieu de la nuit avec un malaise affreux : les nerfs se tendent de la tête aux pieds, donnant l'impression d'être crispés entre le cœur et l'estomac ; elle a des sensations de vide dans la tête, d'angoisse, impression de ne plus pouvoir vivre.

Elle a remarqué que ces manifestations avaient certains rapports avec les repas : les malaises sont en général les plus forts avant et après les repas et vers la 6<sup>e</sup> heure. De même ils sont plus accentués dans la station verticale que dans le décubitus, fait qui s'explique très bien par le fait qu'elle a une ptose considérable qui tiraille sur son plexus

solaire et produit des réactions solaires à chaque changement de position.

Pendant la fin de 1926 tous les symptômes précédents augmentent d'intensité. Les crises serépètent plus fréquentes, plus violentes, déclanchées par des causes infimes, parfois sans causes, souvent après les repas par le passage du décubitus dans la station verticale. Elle vient donc à la consultation de M. Laignel-Lavastine, où nous l'avons vue.

Depuis cette époque son état est resté stationnaire. Les crises se répètent incessantes, quelques-unes particulièrement intenses avec angoisse, impression de mort, d'arrêt du cœur, de constriction de la gorge. Des colères terribles se manifestent pour des causes insignifiantes. Elle éprouve une rage intense, qui ne peut se faire jour à l'extérieur mais finalement tout se termine par des pleurs abondants.

Malgré tous ses malaises elle a bon appétit, néanmoins il y a amaigrissement de 7 à 8 kilos. Cet amaigrissement important avec conservation de l'appétit, accompagné de faiblesse et de fatigabilité rapide indique l'importance de la *dépression psychique* de cette malade.

A l'examen de cette malade on est frappé par son amaigrissement et sa morphologie spéciale : scoliose importante, absence de développement des seins, développement exagéré des poils de l'aréole, dans la région inter mammaire.

Il n'existe aucun signe d'altération organique du système nerveux cérébro-spinal.

Au point de vue sympathique le pouls est à 108 dans le décubitus. Il passe à 128 dans la position debout.

La tension est 12-8, indice 1.

Il existe des troubles vasomoteurs : mains moites, pieds froids.

Le réflexe solaire est fortement positif, la grandeur des oscillations passe de 4 à 2.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif. Sous l'influence de la compression le pouls tombe de 80 à 56.

Nous avons vu les troubles des règles.

Le métabolisme de base n'a pu être pratiqué.

Le P. H. urinaire a donné des chiffres élevés variant entre 7,2 et 7,8, indice d'une *alcalose* élevée.

L'examen clinique du tube digestif montre du clapotage gastrique, une augmentation du tympanisme.

Le signe de Level est positif.

La palpation des côlons est légèrement douloureuse.

Le rein droit est ptosé.

La rate non palpable.

Le foie déborde les fausses côtes.

Le point solaire est douloureux.

*L'examen radiographique* confirme le clinique. — Dans un premier examen pratiqué en 1925, on trouve un estomac volumineux, un bas-fond à 4 travers de doigts au-dessus de la crête iliaque remontant de 5 à 6 cm. dans le décubitus, sans déformation des courbures, ni de points douloureux gastriques. Contractilité faible, pylore spasmé, amorçage retardé dû à une évacuation lente et difficile. Il y a de la stase à jeun..

Le duodénum est sans anomalie morphologique, sans spasmes accentués; il y a cependant un léger spasme de la 3<sup>e</sup> portion, sans points douloureux. Le gros intestin, simplement abaissé dans le décubitus, est notablement ptosé dans la station debout; dans cette position les deux angles coliques sont au-dessous du niveau de la crête iliaque et la réductibilité de cette ptose, possible dans le décubitus, est irréalisable dans la station debout. Rien dans la portion gauche du côlon, qui paraît s'évacuer normalement. Par contre il existe un certain degré de stase droite avec augmentation de volume du cæco ascendant.

Pas de point douloureux cæco-appendiculaire.

Le 1/3 droit du côlon transverse présente des irrégularités de contour qui paraissent dues à une péricolite.

Le côlon descendant présente des spasmes surtout au

niveau de la portion iliaque. Enfin l'anse sigmoïde est normale.

La vésicule biliaire est notablement augmentée de volume et opaque aux rayons.

*L'examen thoracique* montre une légère grisaille diffuse au sommet gauche qui ne s'éclaircit pas à la toux; une tache au sommet droit qui s'éclaircit mieux et une tache portant de petits noyaux calcifiés dans sa portion externe.

Le cœur est dilaté tant dans ses cavités droites que gauches.

Une deuxième radioscopie pratiquée en 1926 confirme la précédente, mais indique en plus une hypersécrétion abondante.

Un troisième examen au début de 1927 indique : ptoses gastrique et colique non réductibles. — Aérocolie et aéro-phagie très marquées.

Si nous résumons cette observation en nous servant du schéma des 5 zones, nous dirons que :

1° Pour la *zone psychique* : nous constatons une psychonévrose émotive avec crises anxieuses où nous relevons des éléments hystériques, phobiques et de dépression. Avec notre diagnostic, nous retrouvons donc l'élément hystérique, neurasthénique, psychasthénique, psycho-émotif avec crises anxieuses.

2° Pour la *zone nerveuse* : notre malade est à la fois une hyperorthosympathique et une hypervagale.

3° Pour la *zone endocrinienne* : type gynandroïde avec perturbations ovariennes légères.

4° Pour la *zone viscérale* : on trouve de l'aérocolie avec ptose gastrique et lithiasse biliaire.

5° Le *noyau morbifique* : tuberculose, scoliose chez une hérédito-alcoolique.

Nous avons ainsi fait un diagnostic complet des troubles présentés par notre malade et quelle que soit la hiérarchie de zones que l'on adopte, les différents éléments de chacune des zones n'en persisteront pas moins.

**Obs. II.** — Mlle H..., 39 ans, institutrice.

Vient à la consultation en novembre 1926 pour :

asthénie;

crises nerveuses;

troubles mentaux divers;

troubles cénesthésiques.

Cette malade présente une *hérédité* chargée :

Son père était très nerveux, très irritable. Mort de grippe à 77 ans.

Sa mère morte à 35 ans d'asphyxie consécutive à un abcès rétropharyngien avait toujours été en parfaite santé.

Elle avait eu deux autres enfants qui sont morts en bas âge : l'un de broncho-pneumonie, l'autre peu après la naissance. Il aurait présenté des difformités, des paralysies sur lesquelles nous ne pouvons obtenir de précision.

Une sœur maternelle psychopathe, surexcitable ne pouvait supporter le bruit ni monter en voiture. Atteinte d'insomnie constante.

Une sœur paternelle mélancolique anxieuse, avec idées d'auto-accusation fut internée à la suite d'une tentative de suicide. Elle resta internée 30 ans. Elle était atteinte d'hémiplégie infantile droite.

Un frère du père était atteint aussi d'hémiplégie infantile.

Un demi-frère enfin eut une chorée à répétition.

Dans les *antécédents personnels* de notre malade on retrouve :

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Troubles gastro-intestinaux constants jusqu'à 7 ans.

Réglée à 13 ans.

Jeune fille, un ictère à la suite duquel elle se plaint de l'estomac, d'anémie marquée.

Elle grandit vite, mesurant 1 mètre 70 à 15 ans.

A 15 ou 16 ans se plaint de la colonne vertébrale. Elle se tenait mal, légèrement voûtée, aussi lui impose-t-on un corset orthopédique pour la redresser.

Mais le fait qui domine toute son enfance c'est la crainte de sa belle-mère qui la terrorisait. Celle-ci très autoritaire, jalouse de l'affection que son père avait pour elle l'oblige à quitter la maison paternelle.

Elle se réfugie donc chez la sœur de sa mère et pour remplir ses loisirs occupe un poste d'institutrice. Elle vécut « dans un milieu de confiance » pendant un an environ « C'est la seule année de bonheur que j'ai eu dans ma vie », dit-elle.

Nous sommes en août 1908. Là se place un épisode amoureux de grande importance. Elle va passer ses vacances chez des parents de Bretagne et il s'ébauche des projets de mariage avec un cousin, dont la famille catholique fervente ne consentira au mariage qu'après sa conversion (elle était protestante). Cédant aux sollicitations de ceux qui l'entourent elle se convertit donc « plutôt avec le cœur qu'avec l'esprit ».

Dans une sorte de roman de sa vie écrit en juillet 1909 et intitulé : *Jésus et une âme* elle raconte sa conversion :

«... A cette pauvre âme qui méprisait son Amour, Il « (Jésus) en laissa un autre entrer dans son cœur. Il lui « permit d'aimer, surtout en imagination avec toute la can -

« leur, la fougue et la naïveté de ses vingt ans... Lorsqu'il  
« vit cette pauvre âme complètement prise par cette af-  
« fection, alors Il laissa découvrir au pauvre cœur toute la  
« folie et toute l'irréalité de son rêve. Mais il était déjà trop  
« tard et ce fut alors un grand, un immense brisement et  
« l'âme vaincue se tourna vers Jésus. L'orgueil était terrassé  
« par le cœur; dans sa détresse, elle n'hésita pas un instant  
« à reconnaître l'Enfant-Dieu comme son divin Maître,  
« son sauveur et se tourna vers Celui qui seul pouvait lui  
« venir en aide et exaucer ses plus chers désirs. »

Elle se convertit donc et les vacances terminées revint auprès de sa tante. Mais celle-ci ne lui pardonnait pas sa conversion et pendant un an environ se produisirent une série de scènes pénibles qui aboutirent à une rupture complète et le retour en Bretagne de notre malade, qui entre dans un milieu mystique de religieuses sécularisées « afin de pousser sa conversion à bout ».

Celle-ci ne s'effectue pas sans peine. Elle a de nombreuses luttes d'esprit pour « passer d'une mentalité rationaliste à un état mystique ». Elle n'est pas en communauté d'esprit avec ceux qui l'entourent.

Depuis sa conversion elle est devenue très scrupuleuse.

La nuit elle a des cauchemars épouvantables. Le diable la frappe, la déchire...

Elle a une peur effroyable des apparitions.

Elle va rester à la Communauté pendant deux ans (1910-1911) occupée à de pieux exercices, à des lectures mystiques et la pensée tournée constamment vers celui qu'elle aime.

En octobre 1910 elle écrit :

« Années d'épreuves, de soucis, de souffrances, de mi-  
« sères et de sacrifices offerts pour celui que je continue  
« toujours à aimer ».

Aussi l'oubli et l'indifférence de celui qu'elle aime vont-ils déclencher une crise de dépression, de doute, de scepticisme et la pensée même du suicide effleure son esprit.

« Pour qui prierai-je, à qui penserai-je; pour qui offrirai-je mes moindres sacrifices journaliers qui m'aident à accomplir mon devoir?... »

« Je ne puis même plus prier... »

« Je voudrais être morte, seule la pensée du chagrin qu'aurait mon pauvre petit père retient ce désir. »

Cette crise de doute sera de 5 mois environ et en mars 1911 elle écrira :

« J'ai compris toute la fragilité des affections humaines; que rien n'est constant ni durable sur cette terre; que seul le Grand Ami ne trompe pas, ni n'abandonne jamais... »

« ... J'accepterai généreusement la tâche qui me sera assignée, décidée à en affronter les côtés pénibles ou désagréables, à surmonter les difficultés et à me dévouer sans compter au bonheur de ceux qui m'entourent. Me dévouer à ceux que j'aimerai, cela me semble si doux, si facile et combien j'aurai de plaisir à ouvrir mon cœur tout grand après l'avoir comprimé si longtemps. »

Tel est ce roman d'amour qui aura eu sur sa destinée une si grande influence et déjà apparaît ce besoin de se confier, de se dévouer qui se manifestera un peu plus tard d'une manière impérieuse.

A partir de 1911 commence pour notre malade une période de quelques années pendant lesquelles sa santé sera très mauvaise. Elle sera graduellement amenée à cesser ses occupations.

En 1911, elle est soignée pour bacillose pulmonaire.

En 1913 apparaissent des signes « d'anémie cérébrale » : difficulté considérable de fixer son attention; mémoire très déficiente au point qu'elle était obligée de préparer ses cours et de les écrire pour le lendemain, sinon elle avait tout oublié.

Ces troubles vont en croissant et en 1914 elle est obligée de suspendre ses cours.

A cette époque elle retrouve son cousin, alors marié, et n'éprouve plus pour lui qu'un sentiment d'amitié très pure. Elle s'occupe sans regrets, sans jalousie de son bébé mais se trouve peinée de la froideur que lui témoigne sa cousine.

De janvier 1915 à 1917 elle se porte assez bien et peut reprendre un poste d'institutrice.

Mais en 1917 nouvelle *période de dépression*.

Les signes d'anémie cérébrale qui s'étaient atténués pendant ces deux ans reparaissent. Il s'y ajoute des troubles mentaux. Elle vivait en compagnie d'une amie très pieuse, très scrupuleuse qui a eu sur elle une grosse influence. En dépit de dehors très mondains, elles avaient une vie intérieure très profonde. Leur vie intime n'était que prières interminables, pénitences, pieuses lectures. C'est tout juste si elles ne portaient pas un cilice.

C'est alors que se manifestent les troubles mentaux : des phobies et des hallucinations.

phobie du facteur;

phobie des étrangers;

phobie des mauvaises nouvelles.

A l'église elle a des hallucinations visuelles. Elle voit le bon Dieu, le Christ des chemins de croix avec des dimensions immenses. Elle le voyait comme sur une photographie.

D'abord tout petit et lointain il allait en grandissant de plus en plus, en se rapprochant d'elle puis brusquement disparaissait.

Quelques mois plus tard vers la fin de 1917 apparaissent des hallucinations auditives et des *hallucinations psychiques* :

Elle entend des voix intérieures qui lui parlent. La nuit elles lui disent : « Lève-toi, prie, ton frère est exposé, il est en danger. » Elle passait ses nuits en prières. Parfois elle ne se couchait pas. Avec sa mentalité elle prit tous ces phénomènes pathologiques pour une épreuve intérieure qui venait du diable et elle pria de plus en plus. Mais plus elle

priait, plus ces troubles se répétaient et augmentaient d'intensité. La communion quotidienne lui procurait cependant une grande force.

Son directeur de conscience, consulté, l'engagea à cesser toutes ces pratiques et à ne rien faire « ni par scrupules ni par pénitence ».

Très scrupuleuse depuis sa conversion, toujours inquiète, elle eut énormément de mal pour cesser toutes ces pratiques. C'était pour elle une véritable obsession que de prier : elle en était arrivée à prier pendant sa classe.

Mais malgré la reprise d'une vie normale elle continue à avoir des troubles mentaux.

A cette époque elle se plaint de vives douleurs dans la colonne vertébrale.

En 1920 elle est obligée de cesser tout travail. Ses douleurs lombaires augmentent, sa nervosité devient telle qu'elle ne peut plus rester au bord de la mer. C'est alors qu'ayant consulté un médecin elle a su pour la première fois qu'elle était atteinte d'une affection nerveuse.

Elle va se soigner dans une communauté loin de la mer où elle restera de 1921 à novembre 1924, son état s'améliorant.

En 1922 se plaignant toujours de la colonne vertébrale elle est radiographiée et on lui trouve une lésion à la 4<sup>e</sup> vertèbre dorsale, lésion qualifiée de *spondylite rhumatismale*.

Pendant son séjour à la communauté son besoin de se dévouer aux autres eut l'occasion de se satisfaire. Il y avait là un jeune homme gravement malade, tuberculeux cavitaire atteint d'endocardite avec lésion aortique. Il était condamné et n'avait plus d'espoir que dans une intervention surnaturelle, dans un voyage à Lourdes. Elle s'est attachée à lui, l'a entouré de soins s'efforçant d'obtenir sa guérison qui survint au bout de trois ans de soins assidus. Elle ne vivait que pour lui, voulant compléter sa guérison

en le réadaptant à la vie courante. Elle-même se portait beaucoup mieux lorsque, brusquement, ils sont séparés « dans des conditions inhumaines » avec interdiction de correspondre et de se revoir. « Ce jeune homme était tout pour moi, il était le seul but de ma vie ». Aussi cette rupture eut-elle comme conséquences de la replonger dans une période de dépression avec aggravation de tous les troubles nerveux qu'elle présentait jusque-là.

Pendant son séjour à la communauté étaient apparues des *crises nerveuses*. La première survint à l'occasion d'une contrariété (un voisin de chambre faisait du bruit et l'empêchait de dormir).

Les premières crises consistaient en impression de chute, chute qui ne se produisait pas, la malade ayant le temps de s'asseoir ou de s'allonger. Pendant la crise elle se débattait et criait. La durée de la crise était variable, quelques minutes en général.

Peu après l'apparition de ces crises un jour elle se brûla la figure par suite de l'explosion d'une lampe à essence. Elle eut une peur épouvantable de perdre la vue et fut aussi fort impressionnée par la douleur causée par la brûlure se disant que « si l'on doit aller en enfer on doit souffrir atrocement ». Dès lors dans les crises suivantes elle répétera toujours avec ses mains, les mêmes gestes de défense contre les flammes. Après la rupture avec son malade, cherchant un milieu ami pour s'épancher et se consoler elle va chez son père mais sa belle-mère la terrorisait encore plus qu'autrefois, aussi les crises de nerfs vont-elles en se rapprochant et en augmentant d'intensité. A plusieurs reprises elle est tombée en arrière. Parfois elle courait dans sa chambre en se cognant la tête contre les murs comme une bête traquée. Au cours de certaines crises elle tournait en rond, presque toujours dans le même sens, allant en sens inverse des aiguilles d'une montre.

En ce moment, en plus des troubles psychiques que nous avons vus la malade éprouvait des douleurs très violentes dans la colonne vertébrale, douleurs qui l'empêchaient de rester debout et l'obligeaient à rester allongée.

C'est alors qu'elle va consulter M. Laignel-Lavastine qui la fait entrer dans son service à l'hôpital de la Pitié où nous la suivons.

Mlle H... est une longiligne mesurant 1 m. 75 et pesant 58 kg. 600.

Légèrement anxieuse dès qu'on l'approche cet état se dissipe rapidement.

Actuellement elle se plaint d'asthénie marquée, d'angoisse avec peur de la mort, de difficulté à fixer son attention, de perte de la mémoire. Elle a des crises de doute, se demandant si elle est bien dans son corps. Continuellement elle a des obsessions : obsession de la mort, des personnes qu'elle a vues dans la journée ou longtemps auparavant, des faits qui se déroulent autour d'elle, des bruits (c'est ainsi que lorsqu'elle monte en chemin de fer, pendant plusieurs jours elle entend le bruit de la locomotive ; lorsqu'elle revient de la douche pendant plusieurs heures elle entend le bruit de l'eau).

Parfois elle a des hallucinations psychiques. Après avoir écrit une lettre elle se remémore constamment les mots et les termes. Pendant une certaine période elle a écrit et parlé en vers. Actuellement cela a presque passé.

Lorsqu'elle se promène dans un endroit où il y a une pièce d'eau, une rivière, une force impulsive la pousse à s'y diriger et seules ses croyances religieuses l'empêchent de s'y précipiter.

Elle a un besoin impérieux de se dévouer. C'est ainsi qu'à l'hôpital elle s'efforce de soulager et de rendre service aux autres malades. Elle a des rêves nombreux, rêves qui la soulagent, car dans ces rêves elle agit, dépense des forces,

toutes choses qu'elle ne peut faire en réalité. Elle a enfin quelques phénomènes un peu particuliers : des prémonitions, des résonnances nerveuses.

C'est ainsi qu'au moment où son père mourait elle a dit à des personnes qui l'entouraient et sans savoir que son père était malade : « Mon père vient de mourir ».

Nous transcrivons une de ses prémonitions in extenso :

Prémonition.

« Ces temps derniers, je résonnais comme avant la mort de Papa que personne ne prévoyait si proche : *« Il y aura une surprise, une très grande surprise. »*

« Cette résonnance était venue pendant plus d'une semaine.

« *Quoi ...* Je ne prévoyais pas, n'attendant rien de particulier.

« Et en écrivant à une personne amie de Béthune je résonnais nettement : *« Ce sera su à temps, ce sera dit à temps. »*

« *Quoi ? ... quoi ?* Cela m'agaçait.

« Et avant-hier encore je notais que mon subconscient me fatiguait, m'usait et me labourait : Ce sera dit, ça doit être dit, su et tout le temps ainsi.

« Je ne pouvais mettre la tête sur l'oreiller ni me reposer sans être excédée par cette résonnance que je croyais un ordre pour moi : « Mais qu'est-ce qui faut que je dise ? Qu'est-ce qui faut qui soit dit ou su à temps ?

« Et en sortant de la douche l'autre jour : Ce ne sera pas dit, ce ne sera pas dit *Quoi donc ?*

« Cela m'énervait considérablement. Je ne voyais rien de rien d'important.

« Il s'agissait d'affaires de famille. Papa avait fait son testament (je l'ai reçu hier) et il fallait que je le sache et que j'en aie connaissance avant la visite toute proche de mon frère.

« Ce fut une très grande surprise, en effet. La méfiance et le caractère intéressé de ma belle-mère l'avaient inspiré.

« Voilà une chose à laquelle je ne pensais, ne m'attendais et ne prévoyais *nullement*. C'est bizarre le notaire m'écrit :

« *J'ai pu savoir...* que votre père avait fait un testament.

« Il fallait que ce soit dit, sue, dit à temps.

« Je croirais facilement au diable, si je ne croyais au bon Dieu pour prévoir ce que je ne devinais, ni expliquais de bonne foi.

« Quoi ? quoi ? — Et pourtant j'ai bien cherché à deviner. Cela m'intriguait.

« J'espère que le subconscient me laissera un peu plus de paix maintenant.

« D'un autre côté depuis la mort de Papa, je recommençais à avoir à distance une peur irraisonnée de ma belle-mère ; peur malade qui devient presque parfois de l'épouvante. Je prévoyais des difficultés de sa part certainement, très sûrement même... mais je n'avais jamais pensé, *tout de même*, à un testament inspiré par elle ».

Elle a enfin des troubles cénesthésiques intenses :

Exagération de ses sensations internes.

Sensations désagréables difficiles à définir, au niveau de son système osseux, du rachis en particulier, de ses nerfs :  
« Elle les sent tourner autour de son corps comme des serpents. »

« Le grand sympathique lui apparaît comme une boucle tournant tout le temps. »

« Elle a l'impression d'être toute petite dans un grand corps de fer et de muscles qu'une force fatale anime. »

Elle a des bouffées de chaleur, des alternatives rapides de rougeur et de pâleur, les pieds et les mains froids, la chute de la partie externe du sourcil.

Les règles sont moins abondantes depuis deux ans environ.

Le corps thyroïde n'est pas volumineux.

Le *métabolisme de base* est de 45, 03 soit une augmentation de 23,3 %.

Il n'y a pas de signes physiques d'affection organique du système nerveux.

Le pouls est instable. La tachycardie marquée pour des causes minimes : mouvements, émotions.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif, le pouls passe de 76 à 48 par compression des globes oculaires.

Le réflexe solaire est positif.

Le P. H. urinaire a donné les chiffres suivants :

*Le 29 décembre 1926* : à 7 heures, 6,6. ; à 16 heures, 7, 8.

*Le 31 décembre 1926* : à 7 heures, 7, 2 ; à 16 heures, 7, 6.

Notre malade présente :

1<sup>o</sup> Une scoliose légère.

Une radiographie pratiquée au niveau de la colonne lombaire a montré quelques déformations liées à la scoliose. La 4<sup>e</sup> lombaire est légèrement asymétrique. Quelques images floues rappellent un rhumatisme vertébral chronique au début.

Tout le rachis est spontanément douloureux à la pression.

2<sup>o</sup> Des ptoses multiples . . .

Une radioscopie du tube digestif pratiquée en mars 1924 indique : ptose gastro duoédéno-colique avec étirement douloureux des viscères. Pas de points douloureux sur l'image gastrique elle-même, dolicho-côlon.

Le rein droit est ptosé, facile à sentir à la palpation.

En 1921 elle a été opérée de rétroversion utérine.

3<sup>o</sup> Des troubles gastro-intestinaux.

Constipation opiniâtre.

Crises de cõlité mucomembraneuse avec débâcles de glaires et de mucus sanguinolent.

Actuellement ce qui domine ce sont les troubles gastriques qui ressortissent à deux ordres de douleurs :

*tardives*, sensation de digestion lente ;

*précoces*, sensation de crampes qui la poussent à manger.

Elle est alors soulagée. Vers 4 heures du matin elle est réveillée parfois avec sensation de faim douloureuse.

4° Au point de vue pulmonaire elle a été surveillée autrefois pour tuberculose. Actuellement elle ne présente rien de particulier.

5° Appareil cardio-vasculaire. Le pouls est instable, rapide. La tension est de 13,5-8 au Pachon, indice 3,5.

Il n'y a pas de lésions orificielles.

*En résumé*, chez cette malade en appliquant le schéma des 5 zones nous dirons :

1° Pour la *zone psychique* : cette malade est une psychasthénique, périodique avec anxiété et crises hystériques.

2° Pour la *zone nerveuse* : présentant des signes de vagotonie et d'hyperorthosympathie.

3° Pour la *zone endocrinienne* : longiligne avec poids insuffisant, légère insuffisance ovarienne. P. H. augmenté.

4° Pour la *zone viscérale* : ptosique, scoliotique.

5° *Noyau morbifique* : tuberculose pulmonaire à surveiller.

---

## CONCLUSIONS

---

I. Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne faut plus se contenter pour l'étude des troubles observés au cours des psychonévroses de l'une quelconque des quatre étiquettes classiques : hystérie, neurasthénie, psychasthénie, psychonévrose émotive.

Il y a lieu d'employer une méthode : *la méthode concentrique* qui s'applique à tous les cas sans exception et qui seule, dans les cas complexes ou tous les symptômes s'intriquent profondément, permettra de bien mettre en évidence et de classer tous les phénomènes pathologiques.

II. Dans cette méthode, nous groupons tous les symptômes observés chez les psychonévrosiques en plusieurs zones concentriques et en présence de tout malade nous étudierons chacune de ces zones successivement :

a) *La zone psychique*, avec d'une part les troubles de l'inter-psychologie familiale ou professionnelle et d'autre part ceux du moi profond, du subconscient.

b) *La zone nerveuse*, avec d'une part les troubles du système nerveux cérébro-spinal et d'autre part ceux du système sympathique.

c) *La zone endocrinienne* se traduisant par des modifications morphologiques et des troubles humoraux.

d) *La zone viscérale*, avec d'une part les troubles physiologiques et d'autre part les lésions anatomiques.

e) Enfin le noyau central : *noyau morbifique* comprenant l'ensemble des maladies acquises ou héréditaires.

III. Une fois l'analyse de tous ces troubles terminée, il restera à faire la synthèse, à établir la hiérarchie de ces zones et dans chacune d'elles à distinguer les manifestations psychogénétiques, physiogénétiques et organiques lésionnelles.

IV. Cette méthode permettra enfin d'instituer une thérapeutique synthétique s'adressant aux troubles constatés dans les différentes zones.

*Vu, le Doyen,*

H. ROGER.

*Vu, le Président de la Thèse,*

LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

CHARLETY.

---

---

BORDEAUX. -- Imprimerie J. BIÈRE  
18, 20, 22, Rue du Peugue. — 1927.

---





